

PRESCRIZIONE E PROGETTAZIONE CLINICA



Data di compilazione _____

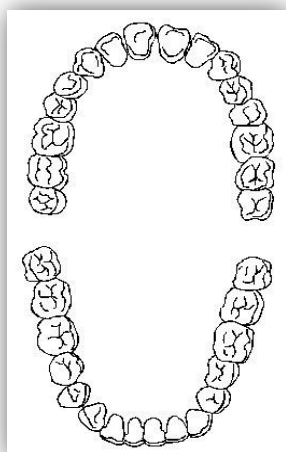
ORTOTECNIC SRL

Via Zanica, 57 - 24126 BERGAMO
TEL: 035 316 721 FAX: 035 315 472
C.F. - Partita Iva 01321030163
Registro Ministero Sanità ITCA01011660
Mail: tassarelli@ortotecnic.com
www.ortotecnic.com

Paziente _____ Et  _____ Sesso M F

Allegati _____ Impronte Modelli Altro _____

DESCRIZIONE MOVIMENTI RICHIESTI



Trattamento richiesto per arcata SUPERIORE INFERIORE

ATTACHMENT SI NO _____

PROCEDERE CON

SCANSIONE MAIL CON FOTO LAVORO

FORNIRE MODELLI

ORTOSTATICI TWEED DIGITALI MODELLI MASTER

Desidero essere contattato _____

Il dispositivo dovr  essere fornito in conformit  alla direttiva 93/42 CEE e in particolare all'allegato 1
Il trattamento dei dati del paziente dovr  rispettare i disposti del Decreto Legislativo 196/03.

Consegna

Firma del medico prescrittore
